

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 120

ÉTUDE

DES

MANIFESTATIONS CLINIQUES PRÉROSÉOLIQUES

DE LA SYPHILIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VICTOR BONNETERRE

né le 10 Mars 1893 à Toulouse (Haute-Garonne)



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 120

ETUDE

DES

MANIFESTATIONS CLINIQUES PRÉROSÉOLIQUES
DE LA SYPHILIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VICTOR BONNETERRE

né le 10 Mars 1893 à Toulouse (Haute-Garonne)



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ Doyen.
J. LEPINE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVÉ-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucie-)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des fonctions.
TAVERNIER	PIÉRY	ROCHAIX	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, Président ; GARIN, Assesseur ;
MM. ROUBIER et FAVRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de ma profonde tendresse
et de mon infinie reconnaissance.*

A MON FRÈRE ET A SA FAMILLE

En toute affection.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de Clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de Médecine de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUDRY

Professeur de Clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de Médecine de Toulouse

Chevalier de la Légion d'Honneur

*C'est à lui que nous devons l'idée de
ce travail. Nous avons été très sensible
à l'accueil plein d'affabilité qu'il nous
a toujours réservé pendant le temps
trop court où nous fûmes son élève.
Nous lui demandons de bien vouloir
trouver ici l'expression de toute notre
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHATELLIER

Chef de Clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de Médecine de Toulouse

*Il a rendu notre tâche aisée grâce à
l'aide précieuse et aux bons conseils
qu'il nous a prodigués et dont nous le
remercions vivement.*

A MES JUGES

A TOUS MES CAMARADES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier, dans ce travail, les manifestations cliniques qui se produisent entre le chancre et la roséole, au cours de cette période de la syphilis improprement appelée « seconde incubation ».

On a pu, dès le quatorzième jour de la maladie, déceler dans le sang circulant des spirochètes ; la pratique de la réaction de Wassermann et, plus récemment, celle de la réaction de Sachs-Georgi ont permis de montrer qu'il existe, dès la troisième semaine, des modifications du sérum sanguin qui précèdent de longtemps l'exanthème ; enfin, en étudiant systématiquement le liquide céphalo-rachidien des porteurs de chancre on a trouvé de la lymphocytose et de l'albuminose, sans aucun signe de méningite cliniquement appréciable. Ces résultats ont été confirmés par tous les auteurs.

Mais ce sont là des constatations que le laboratoire seul permet de faire : nous bornant à les signaler, nous limitons nos recherches aux manifestations préroséoliques réellement cliniques que nous envisagerons successivement au niveau :

- 1° de la Peau ;
- 2° du Rein ;
- 3° du Système Nerveux ;
- 4° du Foie et de la Rate ;

5° du Système ostéo-articulaire (et annexes) ;

6° du Système vasculaire ;

7° de l'Œil et de l'Oreille.

Dans un huitième et dernier chapitre, nous examinerons rapidement les modifications que peut présenter l'état général.

Nous essaierons, en terminant, de résumer en quelques conclusions rapides les résultats fournis par l'étude de ces diverses réactions.

CHAPITRE I

MANIFESTATIONS CUTANÉES

C'est, dit-on, par l'exanthème roséolique que commence cliniquement, dans le plus grand nombre des cas, la période secondaire. Entre le chancre et cet exanthème, il ne se produit, ordinairement, aucune manifestation du côté de la peau. Cependant, Bassereau n'avait pas manqué de noter, dès le vingtième jour du chancre, une syphilide érythémateuse, au vingt-cinquième jour, une syphilide papuleuse . . etc . . . Jullien, dans son « Traité pratique des maladies vénériennes », reproduit un texte de Küss emprunté à la thèse de Dumas, soutenue, en 1866, à Strasbourg : « Nos salles sont mal éclairées en hiver : pour faire la visite du matin, il faut toujours une lumière. En examinant un malade *qui était en train de devenir syphilitique* j'aperçus sur sa région abdominale des saillies que je n'avais pas vues au grand jour et qui se détachaient très bien sous les rayons obliques de mon flambeau . . »

M. le professeur Audry, qui rapporte ce passage du livre de Jullien, a publié, en 1901, une observation de rash prérôséolique que nous donnons plus loin.

Enfin, en 1909, Yarish, Jadassohn, Herxheimer ont décrit des exanthèmes provoqués par l'administration

du mercure. Ainsi que le dit M. le professeur Audry, « l'administration du médicament peut : 1° exaspérer et accuser momentanément les exanthèmes actuels ; 2° faire reparaitre momentanément des exanthèmes syphilitiques éteints en apparence « un peu comme la vieille poussée hydro-minérale » ; 3° provoquer des exanthèmes précoces préroséoliques qui ont pour nous un intérêt spécial ».

Ces derniers ont surtout été étudiés par Buschke et Harder. Kremer a constaté l'existence d'exanthèmes préroséoliques spontanés et en cite une observation.

OBSERVATION I (RÉSUMÉE)

(Audry, 1901)

M..., 25 ans. Entre dans la clinique présentant une éruption de taches rouges arrondies non saillantes, purigineuses, disséminées sur la face. Le lendemain, poussée semblable sur les jambes, le cou, les avant-bras. Peu à peu, les taches forment sur le cou, la poitrine, l'abdomen, le haut des cuisses, les bras, les avant-bras, de vastes surfaces d'un rouge extrêmement vif, uni, sans saillies ni irrégularités. Les bords en sont nets. Au pourtour, grandes nappes efflorescentes arrondies semblables. Peau à peine tuméfiée.

Le lendemain, dernière poussée sur la face dorsale des deux mains. Les jours suivants, diminution du prurit. Les nappes et les taches pâlissent. Desquamation furfuracée à leur niveau.

Deux jours après le début, vives démangeaisons au niveau du cou où apparaissent de petites papules comparables à celles du lichen plan. Sur le tronc, macules roses d'aspect urticarien.

Les jours suivants, disparition rapide et complète de l'érythème initial. Les papules du cou ne présentent pas de

modifications. Les macules du tronc paraissent plus nombreuses et plus brunes.

Un mois après le début, plaques muqueuses sur l'amygdale droite et à la vulve.

OBSERVATION II

(Kremer-Audry, 1911)

Malade atteint de 4 chancres syphilitiques datant de 3 semaines. Au moment de lui faire une injection de sublimé, Kremer s'aperçoit d'une roséole du début.

Comme on le voit, entre le chancre et la roséole classique, il peut se produire des manifestations érythémateuses sur la peau, revêtant tantôt le type d'exanthème angio-neurotique, comme dans la première observation, tantôt au contraire simulant parfaitement la roséole normale, mais s'en séparant par l'extrême précocité de leur apparition.

Du côté des muqueuses, Angagneur et Callois ont insisté sur la fréquence de l'exanthème guttural précédant aussi l'exanthème cutané habituel.

Ces manifestations cèdent très facilement au traitement spécifique.

« Peut-être, écrit M. le professeur Audry, retrouverions-nous sans trop de peine ces efflorescences, si nous examinions attentivement nos porteurs de chancre et si nous utilisions alors les verres bleus tels que nous les ont recommandés A. Broca et Jullien » et nous pouvons conclure avec lui « qu'il y a, bien avant la roséole, des exanthèmes syphilitiques spontanés cliniquement appréciables. »

CHAPITRE II

MANIFESTATIONS RÉNALES

Au même titre que la peau, le rein peut être frappé très tôt par le virus syphilitique, non seulement au cours de la période dite secondaire, mais encore dans les tous premiers temps de la maladie.

Les anciens auteurs avaient reconnu, depuis longtemps, l'existence de cette syphilis précoce du rein : Mauriac, Fournier, Rollet, Jullien en ont cité de nombreux cas. Dans ces derniers temps, M. le professeur Audry en a, pour sa part, publié à la fois trois observations.

Depuis, les travaux se sont multipliés sur cette question et, récemment, Dumet, dans sa thèse inaugurale, a pu réunir treize observations que nous résumerons très brièvement :

OBSERVATION I

Albuminurie 20 jours après le début apparent du chancre. La roséole ne débute que 10 jours après la constatation de l'albuminurie. Traitement spécifique : guérison.

OBSERVATION II

Albuminurie reconnue 25 jours après l'apparition d'un chancre mixte. Roséole jamais constatée, peut-être cachée par des lésions de gale coexistante. Amélioration marquée par le traitement spécifique.

OBSERVATION III

(Vandenabeele)

Roséole apparue 15 jours après l'établissement des troubles rénaux. Insuccès du régime lacté. Amélioration rapide par le mercure. Cependant les urines demeurent albumineuses et hématuriques.

OBSERVATION IV

(Talamon-Lécorché)

Néphrite aiguë syphilitique, brève et intense avec albuminurie abondante ayant disparu rapidement. Roséole survenue 11 jours après la guérison.

OBSERVATION V

(Bonnamour)

Premiers œdèmes apparus 15 jours après le chancre. Guérison complète par le traitement mercuriel.

OBSERVATION VI

(Courmont Cade)

Œdèmes apparaissant 15 jours avant la roséole. Traitement spécifique. Amélioration.

OBSERVATION VII

(Mühlig)

Néphrite parenchymateuse aiguë apparue 14 jours après un chancre induré. Manifestations secondaires 8 à 9 semaines après l'accident primaire. Echec du traitement ordinaire de la néphrite et succès du mercure.

OBSERVATION VIII

(Wagner)

Œdèmes survenant 15 jours avant la roséole. Succès du traitement mercuriel.

OBSERVATION IX

(Baudoin)

Albuminurie apparaissant après la cicatrisation du chancre, mais avant les manifestations cutanées secondaires. Pas d'amélioration, l'albuminurie demeurant énorme.

OBSERVATION X

(Gaucher)

OEdème généralisé quelques semaines après le chancre, 15 jours avant la roséole, accompagné d'albuminurie, de dyspnée, de bruit de galop. Disparition de tous les signes après un mois de traitement mercuriel.

OBSERVATION XI

(Negel)

OEdème ayant suivi un chancre douteux à très peu d'intervalle. L'efficacité du traitement anti-syphilitique renseigne sur la nature de la néphrite.

OBSERVATION XII

(Haupt)

Un mois après l'apparition du chancre oedème des jambes et du scrotum, 7 jours après, roséole. Traitement mercuriel. Amélioration.

OBSERVATION XIII

(Haupt)

Peu de temps après le chancre, oedème, guérison par le traitement mercuriel.

Nous ajoutons aux observations analysées par Dumet le résumé des trois observations de M. le professeur Audry et une observation trouvée dans la thèse inaugurale de Boukkheieff. Signalons enfin que Mauriac, sur 23 cas de néphrite syphilitique, a vu une fois les accidents rénaux commencer 4 semaines après le chancre.

OBSERVATION XIV

(Audry, 1912)

Chancre suivi d'une notable albuminurie. Traitement spécifique. Persistance des troubles, bien que diminués. Malade revu avec neuro-récidive méningée et albuminurie qui céda cette fois au traitement anti syphilitique.

OBSERVATION XV

(Idem)

Un mois après l'apparition du chancre albuminurie notable. Traitement spécifique : amélioration. Guérison.

OBSERVATION XVI

(Idem)

Chancre suivi 3 semaines après apparition d'une albuminurie de 1 gramme. Traitement spécifique : Amélioration. Guérison.

OBSERVATION XVII

(Boukkheieff, Thèse de Paris, 1889)

Infection syphilitique suivie, à une semaine d'intervalle, d'un début de néphrite. Régime lacté. Amélioration mais rechute 17 jours après, grosse quantité d'albumine et urémie légère.

Comme on le voit par toutes ces observations (17), le

rein est surpris très tôt par l'infection syphilitique. La raison de cette localisation si précoce nous échappe encore. On a pu, quelquefois, trouver dans les antécédents des sujets une cause expliquant cette atteinte. Mais, le plus souvent, rien ne permet d'établir pourquoi la néphrite se manifeste d'aussi bonne heure chez ces malades. Cependant l'alcoolisme, le surmenage, le froid joueraient dans certains cas un rôle actif.

Nous empruntons à Dumet le tableau suivant, très significatif, qui montrera combien l'apparition de l'albuminurie est rapprochée du début du chancre.

Dans l'observation de :	Falbuminurie apparaît :
Baudouin	21 jours après le chancre.
Bonhamour	15 —
Mühlig	14 —
Wagner	30 —
Talamon-Lécorché	15 —
—	3 semaines —
Audry.	25 jours —
—	3 semaines —
Théodoresco	5 semaines —
Vandenabeele	15 jours avant la roséole.
Gaucher	15 jours après le chancre.
Courmont et Cade	15 jours avant la roséole.

La néphrite préroséolique peut se présenter sous deux aspects : Tantôt c'est grâce à l'examen systématique des urines qu'on découvre la lésion rénale et c'est là le cas le plus fréquent.

Tantôt, au contraire, on est en présence d'une néphrite aiguë ou subaiguë, accompagnée de ses signes caractéristiques.

Dans la première forme — ou forme albumineuse simple — il n'y a pas ou presque pas de désordres fonctionnels : le malade n'éprouve aucun trouble, il y a peu de bouffissure de la face, peu d'œdème malléolaire ou palpébral. Ces signes réduits peuvent même manquer. C'est grâce aux précautions qu'impose l'administration du Salvarsan ou du néo-Salvarsan qu'on découvre l'albuminurie. Son importance est variable : tantôt il ne s'agit que d'une albuminurie légère, quelques 20 à 30 centigrammes, tantôt, au contraire, il y a albuminurie considérable allant jusqu'à 4 à 5 grammes : provoquant dans le tube qui contient l'urine soumise à l'action de la chaleur la formation d'un véritable magma blanc.

Ces albuminuries cèdent le plus souvent au traitement anti-syphilitique, alors qu'elles résistent à la thérapeutique habituelle. L'excrétion urinaire a d'ailleurs subi peu de modifications tant dans sa quantité que dans sa qualité.

Toute autre est la deuxième forme, néphrite aiguë ou subaiguë. C'est, en effet, déterminé par des troubles généraux que le malade vient consulter le médecin : il y a, dans ce cas, bouffissure du visage, œdème des jambes. On constate la présence de petits signes d'urémie tels que céphalée, insomnie, inappétence, nausées, diarrhée, dyspnée. Les urines sont troubles, rares ; l'albumine s'y trouve en quantité considérable, jusqu'à 40 grammes et même 50 grammes par litre. L'urine renferme, en même temps, de nombreux cylindres granuleux, des leucocytes et des hématies. L'excrétion rénale est très fortement diminuée.

Dans cette forme l'évolution est variable ; quelquefois la maladie tourne court, l'albuminurie s'amende rapide-

ment sous l'influence du traitement spécifique et disparaît. Dans des cas plus fréquents elle persiste longtemps quoique diminuée. Les œdèmes se résorbent cependant, les urines deviennent plus abondantes et plus claires, l'état général s'améliore. Mais ces malades demeurent toujours des albuminuriques et ils doivent continuer à se soumettre aux précautions habituelles qui régissent le régime des néphritiques.

Le pronostic des néphrites préroséoliques doit donc être réservé. Sans doute la guérison complète peut être obtenue. Mais il faut reconnaître que quelquefois la syphilis a frappé le rein d'une façon durable.

Il importe donc, au premier chef, d'établir aussi rapidement que possible le diagnostic ferme de néphrite d'origine syphilitique. Toute albuminurie ne traduit pas obligatoirement une affection de cette espèce. Cependant, il convient de rapporter au spirochète les néphrites qui surviennent chez des sujets dont les antécédents n'offrent aucune cause valable pour expliquer cette affection. Une albuminurie plutôt marquée, la coexistence d'un chancre induré et, fait important, l'action curatrice du traitement spécifique là où le traitement ordinaire de la néphrite a échoué, sont autant de constatations qui doivent faire penser à une syphilis rénale.

On peut rechercher la réaction de Wassermann dans les urines des malades douteux. Quand elle y est positive, c'est une bien forte présomption en faveur du trépô-nème. Mais c'est surtout, encore une fois, à l'action du traitement anti-syphilitique que l'on reconnaît la nature de cette atteinte rénale.

CHAPITRE III

MANIFESTATIONS NERVEUSES

La syphilis frappe de bonne heure le système nerveux. Souvent cette atteinte précoce se traduit uniquement par des modifications du liquide céphalo-rachidien que les recherches du laboratoire seules permettent de constater.

Cependant, on assiste quelquefois à de véritables manifestations cliniques. L'on connaît, en effet, aujourd'hui, des méningites, des névrites, des troubles mentaux, etc... préroséoliques, reconnaissant pour cause le tréponème.

1° MÉNINGITES PRÉROSÉOLIQUES

Nous étudierons d'abord les méningites préroséoliques. En 1912, M. le professeur Audry écrivait : « L'infection syphilitique frappe le rein bien avant la peau, dès le temps du chancre, dès les premières semaines de la maladie ; il peut en aller de même pour le foie, les méninges,.... » Les quelques observations de méningites préroséoliques que nous avons pu recueillir sont démonstratives à ce sujet.

OBSERVATION I [RÉSUMÉE]

(Audry et Lavau, 1914-15)

X..., 25 ans, sans antécédents connus. 1^{er} novembre 1912, chancre syphilitique préputial, pléiade ganglionnaire, pas de roséole, pas de céphalée, R. W. positive dans le sang.

2 novembre : liquide céphalo-rachidien limpide, hypertendu ; lymphocytose, avec R. W. négative. Injection de 0 gr. 80 d'Ar-sénobensol, suivie, le soir même, de vomissements, céphalée, raideur de la muque. Réflexes exagérés (Réaction d'Herxheimer). Température normale.

Le lendemain : vomissements, céphalée, raideur très marquée de la muque, Kernig. Ces symptômes persistent durant 8 jours. On continue le traitement. Petit à petit tout rentre dans l'ordre. La lymphocytose persiste cependant. R. W. toujours négative dans le liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION II [RÉSUMÉE]

(Lavau, 1914-15)

Homme, 18 ans, chancre datant de 5 semaines, pas de roséole, pas de céphalée. Etat général parfait. Ponction lombaire : pression augmentée, limpidité parfaite du liquide, pas d'albuminose, légère lymphocytose. Injection de 0 gr. 75 de Néosalvarsan suivie de céphalée, photophobie (Réaction d'Herxheimer). Température 37°5. Disparition de ces symptômes peu après.

OBSERVATION III [RÉSUMÉE]

(Lavau, 1914-15)

Chancre syphilitique datant de 5 semaines, santé parfaite. Ponction lombaire : lymphocytose, albuminose. R. W. négative.

0 gr. 75 de Néosalvarsan : céphalée, photophobie, vomissements. (Réaction d'Herxheimer). Disparition des symptômes.

OBSERVATION IV [RÉSUMÉE]

(Lavau, 1914-15)

Chancre syphilitique du méat. Ponction lombaire : lymphocytose. R. W. négative. Vertige épileptiforme. Guérison.

OBSERVATION V [RÉSUMÉE]

(Achard et Desbouis, 1912)

Femme, 20 ans. Entre, le 8 avril 1912, pour céphalée très violente et douleurs dans les membres inférieurs. Aucun antécédent. Début 3 semaines avant l'entrée. Depuis douleurs de tête intolérables avec prédominance nocturne, insomnie complète, vomissements en fusée, apparus 3 à 4 jours avant l'entrée. Constipation tenace depuis 3 semaines. Raideur et contracture des muscles des membres inférieurs et des gouttières vertébrales. Kernig. Nuque contracturée. Décubitus en chien de fusil. Babinski. Température 37°.

10 avril : Ponction lombaire : hypertension du liquide qui coule jaunâtre et floconneux. Forte albuminose. Lymphocytose abondante. Ponction suivie de sédation des troubles. Persistance du Kernig et de la raideur des membres inférieurs jusqu'au 8 mai.

Température 38° le 10^e jour. Pouls monte à 100 et y demeure le plus souvent.

La malade a été atteinte d'un chancre syphilitique de la grande lèvre gauche il y a environ 2 mois. Actuellement, aucun accident secondaire apparu.

13 avril : R. W. très légèrement positive dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum.

17 avril : R. W. nettement positive dans l'un et dans l'autre. Ponctions répétées. Traitement spécifique (cyanure et biiodure de mercure).

8 mai : Exeat. Pas d'accidents secondaires. Ils n'apparaîtront que le 26 août.

11 juin : Ponction. Légère lymphocytose.

5 septembre id. : Diminution de la lymphocytose encore constatée (biiodure). Malade mise au Néosalvarsan.

28 septembre : Encore lymphocytose. R. W. positive dans le sérum.

La malade après sa sortie revient pour examen et traitement ambulatoire au Néosalvarsan. R. W. positive le 15 octobre dans le sérum devient douteuse dans le liquide céphalo-rachidien.

Après guérison (6 novembre) persistance d'une légère lymphocytose.

OBSERVATION VI [RÉSUMÉE]

(Boidin et Weil, 1907)

Homme, 18 ans. Entre le 8 avril 1906 : état de demi-torpeur. Décubitus en chien de fusil. Céphalée très vive. Constipation. Pas de vomissements. Raideur douloureuse de la nuque. Kernig très marqué. Ventre en bateau. Pas de raie méningitique. Délire nocturne. Température 37.5, oscillera toujours autour de 37°. Pouls 55, montera jusqu'à 88. Début des accidents 3 semaines avant l'entrée, accompagnés alors de vomissements. Urines peu abondantes (250 grammes) foncées, albumineuses. Chancre induré du sillon balano-préputial ; adénopathie inguinale double. Pas de roséole, qui n'apparaîtra que le 12 août avec maximum le 15.

Aucun antécédent. Léger liseré saturnin des gencives (imprimeur).

Traitement anti-syphilitique. Amélioration. Raideur de la nuque et Kernig disparaissent lentement. Sort le 7 septembre guéri.

Les fonctions lombaires pratiquées les 10, 15, 22 avril et 7 mai montrèrent d'abord une hypertension marquée avec

lymphocytose de moyenne intensité du liquide céphalo-rachidien qui allèrent en diminuant.

Pas de tuberculose, pas d'otite, aucun accident toxique dû au plomb chez le malade.

Ces différentes observations (6) montrent que non seulement la syphilis peut provoquer à cette période initiale des troubles décelables par les procédés de laboratoire, mais encore qu'elle peut faire naître tout un ensemble de symptômes témoignant de la réaction méningée : apparition du trépied méningitique (céphalée, vomissements, constipation), raideur de la nuque, signe de Kernig, exagération des réflexes, etc... Mais, dans la plupart des cas, il n'y a pas de fièvre à proprement parler, le pouls demeure normal. Les urines sont toujours diminuées de quantité.

Au bout de quelques jours, petit à petit, ces symptômes s'amendent, la céphalée s'atténue ; la raideur de la nuque, le Kernig, quoique diminués, persistent souvent assez longtemps avant de disparaître complètement. D'ailleurs, l'intervention du traitement spécifique hâte considérablement l'évolution de l'affection.

Telle est la forme régulière complète. Mais chacun sait que, fréquemment, chez les porteurs de chancre, on constate une céphalée assez intense, avec torpeur et somnolence, accompagnée de lassitude générale. A ces petits signes correspondent d'ailleurs des modifications du liquide céphalo-rachidien telles que l'on est en droit de ranger ces troubles parmi les formes frustes de la méningite préroséolique.

Le diagnostic de la nature de ces méningites est, le plus souvent, aisé. Comme toujours, la présence du

chancré, le rapport étroit qui existe entre l'infection syphilitique et les symptômes cliniques permettent de rattacher la maladie à sa vraie cause. Dans le doute, il convient de pratiquer la réaction de Wassermann qui est souvent positive dans le liquide céphalo-rachidien avant qu'elle ne le devienne dans le sang. De plus, l'injection au cobaye permettra d'écarter l'hypothèse de la nature tuberculeuse de la maladie. Enfin, la rapide amélioration que produit le traitement anti-syphilitique vient trancher la difficulté.

Pour certains auteurs, le pronostic porté à propos de cette affection doit être réservé. La survivance de la lymphocytose, après la guérison apparente, serait le témoignage d'une « sensibilisation » spéciale, d'un système nerveux dont la lésion, légère et demeurée latente, évoluerait ensuite vers la P. G. ou le tabès à une date peut-être plus rapprochée que celles observées habituellement.

2° INÉGALITÉ PUPILLAIRE

Nicolau (de Bucarest) a attiré l'attention sur un phénomène que l'on n'avait pas encore suffisamment mis en valeur. Il s'agit de l'inégalité pupillaire. Il est classique de la rechercher, alliée au signe d'Argyll-Robertson dans les cas où l'on soupçonne tabès et P. G. Mais, et c'est sur ce fait qu'insiste Nicolau, on peut la rencontrer dans les tous premiers stades de la syphilis.

Sur 75 malades en état de syphilis primaire, cet auteur a constaté 12 fois l'existence de ce phénomène. Tous ces malades ne présentaient aucun symptôme clinique de

généralisation : il y avait simplement chancre et adéno-pathie satellite.

Chez quelques-uns, Nicolau a vu apparaître l'inégalité pupillaire 22 jours, 24 jours et 29 jours après le début du chancre.

Ces faits montrent donc que l'inégalité pupillaire peut faire son apparition au cours de la syphilis peu de temps après le chancre. Elle acquiert donc la valeur d'une manifestation très précoce de l'infection syphilitique.

3^e PARALYSIES FACIALES

Nous avons pu recueillir 4 observations de paralysies faciales préroséoliques. Boix, dans son mémoire de 1894, reconnaissait l'existence de ces paralysies. Mais il rattachait plutôt cet accident à une compression du nerf par méningite scléro-gommeuse ou par altération périostée de l'aqueduc de Fallope qu'à une action directe (névrite) du poison syphilitique.

OBSERVATION I [RÉSUMÉE]

(Ménard, thèse de Montpellier, 1865, observation IX)

Chancre probable du col utérin. Paralysie profonde incomplète des deux nerfs de la 7^e paire. Périostose du frontal. Ensuite roséole, ecthyma, alopecie. Traitement spécifique : guérison.

OBSERVATION II [RÉSUMÉE]

(Ménard, observation X)

Malade ayant eu un chancre induré au filet. Depuis, aucune manifestation syphilitique. Cinq mois et demi après, difficulté à fermer la paupière de l'œil droit avec fièvre, frissons, fatigue

générale. 2 ou 3 jours après ce malaise, éruption discrète sur tout le corps qui se précise, tandis que la paralysie suit son cours.

OBSERVATION III

(Mauriac, 1879)

Au 42^e jour d'un chancre induré, céphalalgie frontale. Douleurs dans les membres. Malaise général. Fièvre. 24 heures après, hémiplegie faciale à droite, hémianesthésie de la langue du même côté avec mydriase à droite. Diplopie. Hypéresthésie de la face, du cou, du crâne à droite. Hypéracousie, hypéromsmie, hypéresthésie gustative du même côté, etc... Aucune tumeur au voisinage de l'angle de la mâchoire. Syphilide papulo-vésiculeuse.

OBSERVATION IV

(Mauriac, 1879)

6 semaines après le chancre, paralysies des 6^e et 7^e paires. Hémiplegie faciale gauche. Céphalée. Insomnie. Vomissements. Guérison.

Donc, ainsi que le font remarquer Balzer et Faure Beaulieu, la paralysie faciale précoce n'est pas très rare. Fournier, Dieulafoy et beaucoup d'autres auteurs l'ont observée. Balzer et Faure-Beaulieu en ont décrit un cas où elle se montra pendant le premier mois, le chancre étant en pleine évolution. Un fait semblable a été étudié par Bahuaud. Pour les deux premiers auteurs, elle correspondrait à une névrite précoce de signification moins grave cependant que celles qui surviennent plus tardivement au cours de la syphilis et qui peuvent être un symptôme de la période préataxique du tabès.

4° AUTRES TROUBLES NERVEUX

Voici, enfin, quelques observations de divers autres troubles nerveux :

OBSERVATION I

(Mauriac, 1879)

Deux mois après le début du chancre, douleurs nocturnes intenses dans toute la longueur des membres surtout dans les jambes. Convulsions chroniques des 4 membres. Apparition d'un exanthème peu après le début des convulsions. Accès.

OBSERVATION II

(Mauriac, 1879)

Un mois après le chancre, troubles de la vue, surtout à gauche, mydriase du même côté. Céphalée. Au bout de quelques jours, faiblesse dans les membres pelviens rendant la marche difficile, incertaine et chancelante. Quelquefois raideur dans les extrémités inférieures. Guérison au bout d'un mois par l'iodure de Potassium.

OBSERVATION III

(Jullien, 1879)

Dans une curieuse observation de Mauriac, une jeune femme est prise soudain d'une névralgie scapulo-brachiale des plus intenses. Les fonctions musculaires étaient compromises au point que la malade ne pouvait plus tenir une cuiller. Les doigts étaient tuméfiés par l'œdème distribué uniformément. Peu après atroces douleurs de tête déterminant au paroxysme une sorte de trismus, calmées seulement par une injection de morphine. Ce ne fut que 38 jours après le début du mal que parut la première éruption.

Les neurologistes ont signalé à plusieurs reprises des troubles mentaux dans les premiers jours qui suivent le chancre. Nous en avons trouvé quelques observations dues à Wiglisworth (1898), (thèse de Jacquin, un cas, 1889), à A. Marie et Beaussard (1910, 2 cas).

Il s'agit tantôt d'hallucinations, tantôt de délire, tantôt de mélancolie, etc...

Toutes ces manifestations sont très rapidement améliorées par le traitement anti-syphilitique. Pour A. Marie et Beaussard le pronostic doit être réservé dans ces cas : la guérison ne serait que relative, les rechutes possibles ; ces atteintes méningo-corticales ou médullaires, contemporaines des premiers stades de la syphilis, doivent faire craindre le tabès et la P. G.

CHAPITRE IV

MANIFESTATIONS HÉPATIQUES ET SPLÉNIQUES

1° MANIFESTATIONS HÉPATIQUES

Bien qu'en règle générale les lésions hépatiques n'apparaissent cliniquement, au cours de la syphilis, qu'après l'exanthème, on peut observer des manifestations précoces du côté du foie précédant la roséole.

Les anciens auteurs n'ont pas manqué de remarquer, dans quelques rares cas, l'extrême précocité de l'ictère dans la syphilis : Dittrich (1850), Gubler (1850-Mémoire de 1853), Zenker (1851), Virchow (1855), Frerichs (1861), Delavarenne (Thèse de Paris, 1879), Schroder (Thèse inaugurale, 1887), Mauriac (1888), Lash (1894), Neuman (1896) ont reconnu l'existence d'un ictère contemporain du début de la roséole, la précédant même quelquefois, ictère qu'ils ne rapportaient d'ailleurs pas, le plus souvent, à sa véritable cause.

Il faut arriver à la période tout à fait contemporaine pour entendre parler de la syphilis hépatique antéroséolique. En 1913, à propos d'une observation de néphrite préroséolique rapportée plus haut, M. le professeur Audry déclarait que le foie était atteint, probablement au même titre que le rein ou les méninges, avant l'apparition de l'exanthème. Récemment Brulé, Castaigne (1920), Gaucher attiraient à leur tour l'attention sur ces cas d'ictère très précoces de la syphilis.

Nous avons pu trouver, dans la littérature, un petit nombre d'observations d'ictères anté-roséoliques caractérisés. Le plus souvent, la lésion hépatique se traduit par l'ictère franc biliaire cholurique. D'autres fois, au contraire, elle se révèle sous la forme d'ictère hémolytique.

OBSERVATION I [RÉSUMÉE]

(Lash, 1894)

Femme consultant pour ictère datant d'un jour. Reconnue atteinte d'un chancre syphilitique très net. Légère hypertrophie du foie. Malgré le traitement approprié l'ictère s'aggrave. Au début du mois suivant, ictère très intense, avec état général mauvais. A ce moment apparaissent des syphilides maculopapuleuses très abondantes sur la tête, le tronc et les membres. Quelques jours après le chancre est presque cicatrisé. Il y a encore un engorgement ganglionnaire considérable. L'exanthème est très caractérisé. L'ictère est intense. Il y a des pigments biliaires dans les urines. Les matières fécales sont décolorées. Le foie hypertrophié est peu sensible à la pression. Splénomégalie légère. État général passable. Chaque jour, injection de 0 gr. 01 de sublimé.

Au début du mois suivant l'ictère a presque disparu. Il y a légère réaction des pigments biliaires dans l'urine. Les syphilides ont disparu. Le foie n'est pas douloureux.

Une semaine après environ il ne subsiste qu'une légère teinte ictérique de la sclérotique. Urines sans pigments. Foie diminué de volume. Céphalée nocturne marquée. Iodure de potassium : 3 grammes, bromure de potassium et antipyrine.

10 jours après, état satisfaisant. Le poids de la malade a augmenté de 8 livres. Il n'y a plus d'ictère. Le foie est normal. Exit.

Traitement : 30 injections de sublimé à 0 gr. 01 ; ioduré de potassium, 15 gr.

En l'absence de toute autre cause expliquant cet ictère il semble que la syphilis doive être incriminée, dans ce cas. D'ailleurs la longue durée du trouble observé dans les fonctions hépatiques, l'apparition d'une syphilide caractérisée, l'amélioration constatée à la suite du traitement spécifique seulement, en même temps que la disparition des autres symptômes, rendent très légitime le diagnostic d'ictère syphilitique. Notons qu'il ne s'est accompagné d'aucun trouble digestif.

Nous avons trouvé à la clinique de M. le professeur Audry une observation d'ictère préroséolique communiquée par M. Bounhoure, interne du service.

OBSERVATION II [INÉDITE]

P. V., 22 ans, lingère. Pas d'antécédents personnels. Pas d'antécédents héréditaires. Entre pour petites érosions induites peu douloureuses de la grande lèvre gauche. A l'ultra microscope, nombreux tréponèmes. Adénopathie volumineuse. Plusieurs jours après l'entrée de la malade, l'état général est devenu mauvais. La malade éprouve une sensation de fatigue avec courbature généralisée. En même temps, léger œdème des membres inférieurs. Des troubles digestifs marqués apparaissent : l'appétit est diminué. La malade vomit. Enfin l'ictère se montre : Il y a coloration très apparente des conjonctions de la muqueuse buccale et de la peau. Les matières fécales sont décolorées.

L'examen des urines montre une albuminurie assez considérable avec présence de pigments biliaires qui se traduit par une coloration intense : Réaction de Gmelin positive.

La malade est mise au traitement. Dès la première piqûre, l'albuminurie disparaît. Régime lacté pendant quelques jours.

La rate était douloureuse et accessible à la palpation. Petit à petit, cette splénomégalie disparaît en même temps que s'affirme

l'amélioration de l'ictère et de l'état général sous l'influence du traitement spécifique. L'examen du sang montre une légère augmentation du nombre des hématies qui sont normales.

R. W. positive dans le sang.

Une deuxième piqûre de Novarsénobenzol est faite, bien supportée par la malade. Elle est suivie d'une amélioration du chancre et de la disparition définitive de l'albuminurie et de l'ictère.

La malade, enceinte d'un mois, est gardée dans le service longtemps après la guérison de son ictère. En dépit du traitement très intense, avorément nécessitant son évacuation dans un service de chirurgie.

OBSERVATION III

(Rilian, 1920)

Marcelle M..., 21 ans, brodeuse, entre dans le service de l'auteur le 8 février 1920 pour jaunisse. Ictère marqué aux téguments et aux muqueuses. Urines acajou avec réactions de Gmelin et de Hays positives : Sans sucre et sans albumine. Matières fécales mastic. Ni circulation collatérale veineuse, ni ascite. Foie légèrement augmenté donnant 0^m 10 de hauteur-matité sur la ligne mamelonnaire. Rate perceptible à la percussion. Langue un peu blanche. Quelques vomissements bilieux la veille de l'entrée de la malade. Ni diarrhée, ni constipation. Température 37° 2.

Très nerveuse, la malade se plaint de douleurs vagues généralisées. Céphalée légère le soir depuis 6 jours. Aucune intoxication, aucun excès alimentaire expliquant l'ictère.

A la vulve, cinq érosions (lèvres et fourchette). Tréponèmes, adénopathie volumineuse. Aucune autre manifestation.

La malade présente quelques stigmates de syphilis héréditaire. Mère en bonne santé, deux grossesses : un fils bien portant et la malade.

10 Père : mort de cause inconnue.

12 février : ictère stationnaire. Gmelin négatif, Hays positif, B. W. négative.

16 février : R. W. douteuse, S. W. positive.

17 février : amélioration de l'ictère. Température 38°. Douleurs signalées plus haut, toujours aussi vives. Lésions vulvaires élargies.

20 février : R. W. positive

27 février : Disparition complète de l'ictère. Urines colorées mais sans réactions. Leur quantité a oscillé depuis le début autour d'un litre en 24 heures.

Foie : 11 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Rate : matité de 3 travers de doigt.

Roséole très abondante le 6 mars.

Traitement : d'abord cyanure intra-veineux suivi d'une série de Novarsénobenzol.

La réaction d'Herheimer ayant suivi la première injection de Novarsénobenzol a subi une recrudescence passagère très accusée.

OBSERVATION IV

(Rialian, 1920)

Malade, 27 ans, alcoolique, chancre du frein et du prépuce.

Adénopathie caractéristique. 3 jours avant le chancre, d'après le malade, jaunisse existant à son entrée à l'hôpital Saint-Antoine où il est soigné pour ictère catarrhal : régime lacto-végétarien, 0,50 gr. de calomel renouvelé 2 ou 3 fois à 3 jours d'intervalle. L'ictère disparaît à la fin de la première hospitalisation.

Le malade entre à Saint-Louis : l'ictère a repris : téguments, muqueuses, buccales, conjonctives colorées. Matières fécales mastic, urines acajou avec Gmelin et Hays positifs. Quantité : 2 litres par 24 heures. Ni sucre, ni albumine. Foie légèrement gros, rate normale, poulx 68. R. W. négative. Le lendemain

début de roséole. L'ictère rétrocede. Les réactions de Gmelin et de Hays deviennent négatives.

Coïncidant avec la roséole, polyurie constante, oscillant entre 3 et 4.000 grammes par jour.

R. W. devient positive.

Traitement : Cyanure intra-veineux. (Subictère. Réactions de Gmelin et de Hays réapparaissent deux jours de suite.)

Cure de Novarsénobenzol.

Six jours après l'apparition de la R. W., quelques taches de roséole qui disparaissent dans les 3 jours suivants. Guérison.

OBSERVATION V

(Rilian, 1920)

M. C..., 39 ans Première syphilis datant de 1913. Présente le 7 juin 1919 un chancre syphilitique préputial accompagné d'adénopathie croisée inguinale droite. Au 7^e jour de chancre, R. W. négative. Depuis 2 jours, soit 12 jours après le début de l'accident primaire, ictère léger accompagné de fatigue et d'anorexie sans troubles digestifs. Selles légèrement décolorées. L'ictère s'accroît. La réaction de Gmelin devient positive. Il y a décoloration partielle des fèces. Foie : 0,15 cm. de matité sur la ligne mamelonnaire.

Rate : 3 travers de doigt de matité. R. W. encore négative le 19 juin. Huile grise.

Le 24 juin : chancre agrandi. Matières un peu jaunes. Ictère plus foncé. Huile grise.

30 juin : Erosion stationnaire. Ictère diminué.

3 juillet : Etat général excellent. Bons effets du traitement mercuriel.

7 juillet : Roséole marquée (confirmant le diagnostic de chancre syphilitique et de la réinfection) apparaissant 34 jours après l'accident primaire.

10 juillet : Subictère.

19 juillet : Chancre cicatrisé. Roséole presque effacée. 6^{me} et dernière piqûre d'huile grise.

25 juillet : Novarsénobenzol en série. Cure d'huile grise. Novarsénobenzol en série.

Depuis le 10 avril 1920, plus d'accidents. Séro-réaction négative.

A noter : sujet dépourvu de tout passé hépatique et antécédents pathologiques nuls.

OBSERVATION VI

(de Beurmann, Bith et Cai, 1910)

Jeune fille, 19 ans. Entre le 2 novembre pour jaunisse et éruption datant, elle, de 15 jours. L'ictère serait survenu 3 semaines avant l'entrée, donc 8 jours avant l'éruption. Adénopathies inguinale et sous-maxillaire caractérisées. Aucun trouble gastro-intestinal. Aucune infection avant l'apparition de l'ictère. Aucun antécédent lithiasique. Aucun antécédent héréditaire hépatique.

Ictère franc généralisé (téguments, muqueuse, conjonctive), en même temps décoloration légère des muqueuses. Urine claire sans réaction des pigments biliaires. Selles normales. Pas de constipation. Foie normal. Splénomégalie. Pas de troubles oculaires. Pas de prurit.

Traitement : 4 jours, régime lacté, eau de Vichy, Salicylate et calomel.

Le 6 novembre : Aucun régime spécial. Bi-iodure : 0 gr. 02 quotidiennement.

10 novembre : Amélioration sauf du côté de la rate.

18 novembre : La rate se réduit.

25 novembre : Rate normale. Subictère conjonctival seulement. Plaques muqueuses sur la vulve et l'anus.

Le taux des urines pendant toute la durée de la maladie a oscillé de 1 à 2 litres. Température 37°2. Pouls 80-85.

Les examens urologiques et hématologiques renseignent sur la nature de l'ictère : il s'agit d'un ictère acholurique, sans

modification des urines et des matières avec présence de pigments biliaires dans le sérum sanguin. Anémie légère, résistance globulaire diminuée : l'hémolyse débute à 0,56 % au lieu de 0,48 ou 0,46 %, hématie granuleuse. Splénomégalie.

Donc, pas d'ictère par rétention, pas d'ictère hémolytique congénital (aucun antécédent). Mais ictère hémolytique acquis apparu un peu avant les accidents secondaires et guéri par la médication spécifique.

La teneur du sang a évolué comme la splénomégalie et l'ictère en pigments biliaires, l'urobiline ont diminué en même temps que la proportion d'hématies granuleuses tombait de 15 à 20 %. La résistance globulaire est devenue normale en 8 jours. Le nombre des hématies, de 3.570.000 est monté à 4.500.000.

Aucun trouble digestif. Pas de fièvre. Pas de réaction douloureuse vésiculo-hépatique. Pas de décoloration ou exagération de la teinte des selles. Le faible taux de l'urée urinaire du début s'explique par le régime lacté du moment.

Le peu d'intensité de la déglobulinisation est assez étrange. Mais elle a pu être plus marquée avant la rentrée de la maladie à l'hôpital ; l'ictère ayant débuté 3 semaines auparavant.

Comme on le voit, l'ictère antéroséolique peut revêtir deux formes : Dans certains cas (5 observations), il s'agit d'un ictère franc cholurique avec décoloration des matières fécales, présence de pigments biliaires dans les urines, augmentation de la résistance globulaire sans modification des hématies. Cette forme est analogue à l'ictère franc secondaire décrit par les anciens auteurs ; cependant, il est à noter que si tous les autres symptômes de l'ictère d'origine hépatique s'y rencontrent, le prurit y est rare, comme l'a montré Milian, les troubles gastro-intestinaux le plus souvent frustrés, la fièvre quand elle existe plus élevée. L'examen physique montre

une légère augmentation du volume du foie qui peut être douloureux. En même temps, il est fréquent de constater une splénomégalie évoluant parallèlement à la lésion hépatique. Cet ictère est très précoce : il suit le chancre de quelques jours à peine.

On peut rencontrer, à côté de cette première forme, un second aspect clinique : c'est l'ictère hémolytique acquis (1 observation) bien connu depuis les travaux de Nidal et de ses élèves.

Dans ce cas, la coloration des muqueuses et de la peau se rapproche de la coloration observée dans les ictères par rétention. Mais on ne trouve pas de pigments biliaires dans les urines, les matières fécales ne sont pas décolorées ; de plus, l'examen du sang montre une résistance globulaire diminuée, de l'anémie, des hématies granuleuses. Il y a aussi splénomégalie.

Qu'il s'agisse d'ictère cholurique biliaire ou d'ictère hémolytique, l'évolution est généralement favorable et la maladie aboutit rapidement à la guérison. En effet, nous n'avons pu trouver de cas d'ictères graves pré-séoliques comme on en a décrit au cours de la période secondaire de la syphilis.

Il importe de rapporter à sa vraie cause un ictère d'une telle précocité. Les anciens auteurs avaient tendance à faire de ces ictères, des ictères catarrhaux survenant chez les syphilitiques primaires. Pour Jullien, l'ictère, dans les cas qui nous occupent, serait du à un catarrhe de la muqueuse digestive propagé au cholédoque ; quelquefois même, il n'y aurait là que simple jaunisse émotive liée à la terreur qu'inspire la vérole. Il est évident que la pigmentation de la peau et des muqueuses, la cholurie,

la décoloration des fèces n'ont rien de particulièrement spécifique. Cependant l'existence d'un chancre récent, le plus souvent encore en évolution, la tendance spontanée de la maladie à évoluer vers la guérison, l'absence de toute autre cause pouvant l'expliquer, le défaut de température et de troubles gastro-intestinaux doivent faire penser qu'il s'agit bien d'un ictère d'origine syphilitique. En outre, le manque d'antécédents personnels ou héréditaires est à noter chez ces malades, sauf dans un cas où l'on pourrait invoquer l'alcoolisme pour expliquer cette localisation hépatique précoce (observation IV).

Le meilleur moyen de reconnaître la vraie nature de cet ictère réside d'ailleurs dans l'efficacité du traitement anti-syphilitique. L'histoire des cas que nous avons rapportés en fait foi.

Enfin, ce qui nous permet d'écarter la possibilité d'une intoxication arsenicale ayant provoqué l'ictère, c'est que, dans le cas où l'on doit incriminer le traitement, la manifestation hépatique est postérieure à l'emploi du médicament et généralement tardive.

L'examen du sang permettra de reconnaître l'ictère hémolytique que l'on pourra rattacher à sa véritable cause grâce aux mêmes raisons que nous avons fait intervenir plus haut pour assurer le diagnostic d'origine de l'ictère cholurique biliaire.

2° MANIFESTATIONS SPLÉNIQUES

Nous empruntons au Mémoire de Quinquaud et Nicolle ces quelques conclusions au sujet de l'hypersplénie apparaissant avant l'éclosion des manifestations secondaires :

« La rate, au cours de la syphilis acquise, se montre constamment hypertrophiée. Cette splénomégalie débute à la période primaire quelque temps après l'apparition du chancre et de l'adénopathie correspondante et devance l'éclosion des accidents secondaires, témoignant d'une infection déjà générale.

Elle demeure grosse dans les premiers mois de la phase exanthématique sans que son volume paraisse en rapport à ce moment avec l'intensité des manifestations syphilitiques. Cette splénomégalie diminuerait vers la fin de la première année, au moins chez un certain nombre de sujets. Elle disparaît ultérieurement, sauf dans les cas de syphilis maligne où elle peut persister en pleine période tertiaire. »

La constatation d'une hypertrophie splénique ou de son développement progressif serait pathogénomique de l'infection syphilitique, ce qui permettrait d'assurer le diagnostic à la période primaire : comme l'adénopathie générale, cette splénomégalie représente un symptôme permanent d'infection en l'absence de tout accident secondaire, d'où son utilité.

De Beurmann et Delherm, en 1900, confirment les conclusions des auteurs précédents. La splénomégalie se montre, d'après eux, en même temps ou un peu avant le chancre ce qui montre que lorsque celui-ci paraît l'infection est déjà générale.

Quinquaud et Nicolle publient de nombreuses observations parmi lesquelles nous avons pu en trouver 14, toutes calquées sur le même style, dans lesquelles la natité splénique signalée, allant de 2 à 5 travers de doigt,

est apparue nettement avant l'exanthème dans un laps de temps allant de 4 jours à un mois environ.

D'après Besnier, l'hypersplénie fait partie du cortège de la fièvre syphilitique ; « elle s'accompagne, dit-il, de splénodynie assez intense et c'est là une des formes de la pleurodynie syphilitique dont la nature spécifique et l'origine splénique ou périssplénique sont le plus universellement méconnues. »

En terminant ce chapitre, signalons que Ischistiakof a noté, au début de la période dite secondaire, des cas de diabète léger, disparaissant, comme tous les signes précurseurs des éruptions, après la manifestation cutanée. (Observations de Frerichs, Eickhorst, Leyden, Mauriac et Lemonnier.) Cet auteur rattache cette glycosurie à l'altération des échanges nutritifs dans l'économie des syphilitiques.

Les perturbations qui, nous l'avons vu, peuvent, de très bonne heure, troubler les fonctions hépatiques, sans parler d'une atteinte précoce très possible, mais méconnue, du pancréas ne pourraient-elles pas fournir une explication du moins aussi plausible de ces petits accidents du diabète ?

CHAPITRE V

MANIFESTATIONS OSTÉO-ARTICULAIRES

I. — MANIFESTATIONS OSSEUSES

Les anciens auteurs avaient bien remarqué quelquefois des accidents osseux survenant immédiatement après le chancre et avant tout exanthème. Mais l'attention avait été surtout attirée vers les ostéites dont on avait reconnu la fréquence au cours des périodes dites secondaires et tertiaires de la syphilis. Les manifestations plus précoces étaient négligées et même, quand on les constatait, plutôt attribuées à une perturbation produite par le traitement dans l'évolution de la maladie qu'à la maladie elle-même (Ricord), tellement la chronologie des troubles produits dans l'organisme par le tréponème semblait immuable.

Cependant Vidal de Cassin (1854), Schwediaur rapportèrent des exemples typiques de périostites préoséoliques en dehors de toute intervention thérapeutique ; mais, c'est surtout le Mémoire de Mauriac (1872) qui met en lumière ces manifestations osseuses jusqu'alors méconnues. Après lui, Alamartine, Popescu, Naudet leur consacrent leurs thèses inaugurales. Rollet, Jullien et Fournier en ont rencontrées plusieurs cas qu'ils ont signalés.

Loin d'être aussi rares qu'on le prétendait, ces manifestations sont assez fréquentes.

Le docteur Chatellier, dans un article récemment paru

(1920), traitant des « périostites syphilitiques antéroséoliques », qui nous a été d'un précieux secours pour la rédaction de ce chapitre, en rapporte 29 observations ou cas. Nous les donnons ci-dessous très résumés :

OBSERVATION I (Chatellier, 1920). — Quelques jours après le chancre, périostite au niveau du tibia gauche et de l'humérus droit chez un enfant de 18 mois. Traitement (Sulfarsénol). Disparition du foyer huméral.

OBSERVATION II (Vidal de Cassis, 1854). — Jeune homme de 19 ans. Périostite de la clavicule, 25 jours après le chancre.

OBSERVATION III (Schwedliaur). — Périostite de l'humérus 5 jours après le chancre.

OBSERVATION IV (Mauriac). — Quelques semaines après le chancre non encore disparu, périostoses épiciраниennes. Roséole consécutive.

OBSERVATION V (Mauriac). — 20 jours après le chancre, périostoses frontales, puis roséole.

OBSERVATION VI (idem). — Chancre. Périostose pariétale. Roséole.

OBSERVATION VII (idem). — Roséole 2 ou 3 semaines après une périostose frontale.

OBSERVATION VIII (idem). — Périostose un mois après chancres multiples accompagnée de manifestations très légères cutanées et muqueuses.

OBSERVATION IX (idem). — 25 jours après chancre, périostose. Accidents consécutifs.

OBSERVATION X (idem). — 15 jours après chancre, périostose tibiale et éruption « très discrète et de nature fort douteuse. »

OBSERVATION XI (idem). — Un mois après chancres, périostoses de l'humérus, avant accidents cutanéomuqueux

OBSERVATION XII (idem). — Périostose probable du tibia 4 semaines après chancre ; puis roséole.

OBSERVATION XIII (idem). — Chancre, tuméfaction maxillaire inférieur. Guérison. Récidives osseuses 15 jours et 3 mois après.

OBSERVATION XIV (Alamartine). — Chancre. 2 mois après périostose frontale. 1 mois après, syphilides.

OBSERVATION XV (idem). — Chancre, puis périostose sternale probable.

OBSERVATION XVI (Popescu). — Périostoses du frontal et du péroné précédant l'exanthème.

OBSERVATION XVII (idem). — 18 jours après chancre, périostite du genou ; un mois après périostite du rebord orbitaire.

OBSERVATIONS XVIII à XXVI (idem). — 8 périostoses contemporaines du chancre.

Une périostose apparue après la cicatrisation du chancre et avant l'exanthème.

OBSERVATION XXVII (Naudet). — Périostose 2 mois après chancre avant toute autre manifestation.

OBSERVATION XXVIII (idem). — Périostose frontale 7 semaines après le chancre.

OBSERVATION XXIX (idem). — Périostose apparue un mois après le chancre et avant la roséole.

Nous ajouterons aux observations précédentes un cas signalé encore par Mauriac dans son « Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané » :

OBSERVATION XXX (Mauriac). — Au 50^e jour du chancre troubles constitutionnels graves, céphalée, fièvre quotidienne vespérale et nocturne, etc... Presque en même temps, tumeur périostique du crâne, puis syphilide papuleuse discrète et érythème noueux.

Enfin, Etienne a publié, dans la *Revue Médicale de l'Est* (1898), trois observations d'ostéopériostites précoces de

la phase préroséolique que nous mentionnons sans y insister autrement

La lésion osseuse, dont nous avons rapporté de nombreux exemples (33) se révèle le plus souvent à l'attention du malade par les névralgies qui l'accompagnent ou par la douleur que provoquent la pression ou les mouvements. Il s'agit tantôt d'une douleur aiguë, lancinante, troublant le repos et le sommeil, tantôt d'une sensation sourde de meurtrissure. Elle siège au niveau même du périostose et s'irradie parfois le long des trajets nerveux voisins. Elle fait alors penser à une névralgie. Le moindre attouchement la réveille ; c'est ce qui a fait dire à Fournier qu'il faut toujours palper un os dont le malade se plaint. On s'apercevra souvent alors qu'il ne s'agit plus seulement de douleurs ostéocopes, mais bien d'une périostite localisée se traduisant par une petite tumeur arrondie ou ovalaire unique ou multiple, circonscrite et superficielle, résistant en général au toucher, bien qu'elle puisse donner quelquefois l'impression d'une pseudo-fluctuation. C'est le plus souvent au niveau du crâne que l'on trouve ces périostites. C'est là que Mauriac les a rencontrées le plus fréquemment. Mais tous les autres os peuvent être frappés : Tibia, sternum, clavicule, cubitus, etc...

Ces périostites évoluent rapidement, même si elles ne sont pas traitées : elles durent alors de 4 à 6 semaines et aboutissent à la résolution spontanée. Exceptionnellement, elles peuvent se terminer par le ramollissement et la nécrobiose. On a alors affaire à des syphilis malignes précoces.

Leur pronostic, en général, est donc très bénin.

Cependant Rollet, en particulier, pense qu'elles annoncent des syphilis graves.

Ce sera chose aisée que de reconnaître une périostite antéroscolique : la notion de l'infection récente, les douleurs spontanées ou provoquées, l'existence d'une tumeur au point douloureux permettront de faire un diagnostic rapide que viendra confirmer l'efficacité du traitement spécifique

II. — MANIFESTATIONS ARTICULAIRES

La maladie n'affecte pas que les os. Les articulations peuvent être atteintes dès la même époque.

Déjà, en 1488, Martÿr signale les douleurs articulaires que provoque la syphilis à son début et dont nul vérolé, d'après Levinus-Lemnius (1574), ne serait exempt. Andréa della Croce a traité la question de ces manifestations articulaires précoces en 1583. Plus tard Richet (1851) appelle l'attention sur la synovite syphilitique. Citons encore Lancereaux (1866), Fournier (1868). En 1875, 4 thèses inaugurales traitent de cette localisation : ce sont celles de Dausat, Ingold, Voisin et Vaffier.

Voisin parle d'arthralgie pure, plus ou moins rapprochée du coït infectant, survenant pendant la période dite primaire de la vérole ; mais il existe, au cours de cette même période, des manifestations plus accusées, de véritables arthrites ou polyarthrites syphilitiques. Voici les quelques observations que nous avons pu trouver :

OBSERVATION I

(Voffier, 1875)

Jeune homme. Chancre en septembre 1875 à Yokohama. Un mois après accidents rhumatismaux des plus graves. Hygiène

excellente. Traitement anti-rhumatismal énergique. L'état empire. Liqueur de Van Swieten. Iodure de Potassium : guérison en moins de 15 jours.

OBSERVATION II

(Rubin, 1913)

Femme, 30 ans. 4 à 5 semaines après l'infection, céphalée, syndrome rhumatismal aigu fébrile polyarticulaire. Amélioration par le salicylate, puis récidence. Eruption papulo-vésiculeuse. Les lésions de la muqueuse buccale apparaissent en dernier lieu. Guérison complète et rapide par le traitement anti-syphilitique.

Les arthralgies sont très fréquentes dès le début et même avant l'apparition du chancre, surtout chez les femmes. Elles se montrent sous forme de douleurs erratiques disséminées sur les articulations, plus vives la nuit, exaspérées par le repos, diminuées par l'exercice.

Après leur disparition assez rapide, spontanée ou obtenue par la thérapeutique spécifique, il peut subsister quelques craquements.

La polyarthrite subaiguë peut survenir après quelques jours de prodromes arthralgiques, surtout dans les pays humides. Elle offre beaucoup de ressemblance avec le rhumatisme ordinaire. Cependant, des douleurs d'intensité moyenne s'exaspérant peu par le mouvement, plutôt nocturnes, accompagnées d'une rongeur à peine marquée, d'empâtement et d'épanchement légers ainsi que d'une fièvre modérée plus marquée le soir, l'absence de sueurs profuses et de manifestations viscérales, la présence d'accidents simultanés sur les bourses séreuses,

la longue durée de l'état morbide, sa résistance aux agents ordinaires, l'efficacité absolue du traitement anti-syphilitique sont autant de signes particuliers qui, alliés à la coexistence d'un chancre, font pencher le diagnostic en faveur de la syphilis.

Les bourses séreuses, ainsi que les synoviales tendineuses, peuvent être atteintes au même titre que l'articulation proprement dite.

Verneuil signale ces accidents en 1868. Le Mémoire de Fournier, la thèse de Roch (1872), celle de Vaffier (1875) déjà citée attirent l'attention sur ces manifestations.

Tantôt c'est la cavité séreuse entourant les tendons extenseurs des doigts qui est le siège d'une véritable hydropisie. Elle se traduit simplement par une petite tumeur bien circonscrite, occupant la région médio-métacarpienne, peu douloureuse à la pression, ne provoquant ni gêne véritable ni faiblesse dans les mouvements.

Tantôt ce sont les bourses séreuses nombreuses qui entourent les articulations de l'épaule, du genou, du cou de pied... ou que l'on rencontre à la face postérieure de l'olécrane, du calcanéum, entre les tendons du biceps brachial et celui du brachial antérieur etc... qui sont atteintes de cette hydropisie aiguë. La lésion des membranes explique la douleur qui peut apparaître soit spontanément, soit, plus fréquemment, à la pression.

Le seul fait de connaître l'existence de ces synovites permettra d'en faire, le cas échéant, le diagnostic, corroboré d'ailleurs par l'efficacité du traitement spécifique qui fera rapidement tout rentrer dans l'ordre.

Le pronostic est bénin.

CHAPITRE VI

MANIFESTATIONS VASCULAIRES

L'anatomie pathologique a démontré que les vaisseaux étaient rapidement et constamment atteints par le processus syphilitique. Il était intéressant de savoir si ces altérations vasculaires pouvaient se déceler cliniquement au stade dit primaire.

I. — MANIFESTATIONS VEINEUSES

La littérature nous apprend que les veines peuvent être très précocement atteintes. Nous donnons ci-dessous les résumés des observations que nous avons pu rencontrer (6).

OBSERVATION I

(Gaillard, thèse de Paris, 1911)

Au 21^e jour d'un chancre syphilitique, phlébite des veines saphènes internes surtout marquée aux cuisses et plus particulièrement à droite, et des veines céphaliques et basiliques des bras. Pas d'œdème, pas de fièvre, pas de signes fonctionnels. Rate hypertrophiée. La roséole n'apparaît pas. Traitement spécifique : Exeat.

OBSERVATION II

(Idem)

Chancre syphilitique de l'anus. Onze jours après l'apparition de la douleur provoquée par cette ulcération, à l'examen : phlébite des veines saphènes internes, plus marquée à droite,

et des veines saphènes externes. Phlébite moins apparente des veines superficielles des bras et avant-bras. Aucun signe fonctionnel. Pas d'œdème, pas de température. Traitement spécifique : Forte amélioration. Aucune autre manifestation.

OBSERVATION III

(Idem)

Phlébite trois semaines après l'apparition d'un chancre syphilitique préputial portant sur les veines superficielles des bras et avant-bras et les veines saphènes internes des deux membres intérieurs, plus particulièrement à gauche. La veine dorsale superficielle de la verge est également atteinte ; hypersplénie (paludisme). Pas de signes fonctionnels, pas de roséole, pas de plaques. Traitement spécifique. Guérison.

OBSERVATION IV

(Idem)

Deux mois après avoir contracté la syphilis, un soldat présente un phlébite des veines saphènes internes. Apparition consécutive de la roséole.

OBSERVATION V

(Idem)

Phlébite atteignant successivement la veine saphène interne gauche, les veines saphènes externes gauche et droite, la saphène interne droite, les veines superficielles du bras et avant-bras droits, dont le début s'est montré deux jours avant l'éruption papuleuse roséolique (Mendel). Pas de fièvre, aucun phénomène général, pas d'œdème, pas de troubles fonctionnels. Traitement spécifique. Amélioration. Guérison.

OBSERVATION VI

(Mendel, 1889)

Un mois après le chancre, début de phlébite, puis quelques jours après, syphilide. Amélioration par le traitement spécifique. Récidive en raison du travail particulier du malade (frotteur). Amélioration consécutive marquée.

Ainsi que le signale Gaillard dans les conclusions de sa thèse, dont nous donnons plus loin les traits essentiels, la phlébite peut apparaître — et cette précoécité serait même la règle — pendant les trois premiers mois de l'infection syphilitique. Les 6 observations que nous venons de résumer montrent qu'elle peut précéder très nettement la roséole.

Les lésions, plus fréquentes qu'on ne le soupçonne, surtout chez les syphilitiques mâles et d'un âge peu avancé, symétriques et généralisées dans la plupart des cas, débutent ordinairement par les veines superficielles des membres inférieurs qui sont le plus souvent atteintes : peut-être la fatigue, la station debout joueraient-elles le rôle de causes prédisposantes.

L'insidiosité du début de l'affection, rarement accompagnée de symptômes fonctionnels, son évolution apyrétique, l'absence de douleurs et d'œdème sont les caractéristiques de cette phlébite spécifique. Quelquefois cependant, d'après certains auteurs, la maladie pourrait prendre une allure plus aiguë. Sa durée varie de trois semaines à six mois.

La coexistence d'un chancre, l'inoculation expérimentale au singe d'un fragment de tunique du vaisseau malade qui prouve bien, par ses résultats, la présence

du spirochète, l'efficacité du traitement spécifique, ne laissent pas de doute sur la nature de l'affection.

II. — MANIFESTATIONS ARTÉRIELLES

Si l'atteinte précoce des veines n'est pas rare au début de la syphilis « les faits dans lesquels une artériopathie se produit peu de temps après le début de la maladie sont excessivement rares » (Mauriac).

Néanmoins, on aurait pu constater, dès les premiers mois de l'infection, le développement d'artérites cérébrales. C'est ainsi que Robertson a vu un malade, encore porteur d'un chancre non cicatrisé, succomber à la suite de la formation d'un thrombus accolé aux parois épaisses de la carotide gauche interne, au niveau de sa bifurcation.

CHAPITRE VII.

MANIFESTATIONS AUDITIVES ET OCULAIRES

1° MANIFESTATIONS AUDITIVES

Depuis fort longtemps déjà, l'on savait que la syphilis acquise frappe avec prédilection l'organe de l'ouïe. Cependant, récemment encore, certains auteurs prétendaient que les accidents auditifs étaient rares au cours de la vérole. Les travaux récents ont prouvé que cette croyance était injustifiée en montrant l'extrême fréquence de la syphilis auditive ; leurs auteurs ont insisté sur la précocité de ces troubles sensoriels : en effet, ce n'est pas seulement à la période dite secondaire que l'on rencontre ces accidents ; dans 15 % des cas de syphilis examinés, on a trouvé une atteinte de l'ouïe, d'après une statistique dressée par Otto Mayer citée par Rigaud, et Rigaud lui-même, dans sa thèse inaugurale, a pu constater 18 % de cas de syphilis auditive précoce. Cette proportion n'est pas faite pour surprendre quand on sait combien tôt peuvent apparaître les réactions nerveuses dans la syphilis acquise.

On a remarqué que le chancre céphalique s'accompagne souvent de retentissement sur l'appareil auditif. Cette notion avait été déjà mise en lumière par Fournier qui, d'une façon générale, admettait, dans ce cas, la fréquence des troubles nerveux.

La plupart du temps, l'oreille interne est frappée dans les syphilis graves, ou bien, ce qui revient au même, dans les syphilis contractées à un âge avancé.

Au point de vue symptomatique, Rigaud, dans sa thèse, a décrit :

1° des formes pures ou purement otiques, dues à une localisation du processus morbide sur labyrinthe, le nerf auditif. les noyaux bulbo-protubérantiels.

2° des formes associées à d'autres paralysies basales.

Dans les formes pures il convient de distinguer 3 types :

Un type cochléaire, un type vestibulaire, un type mixte :

La surdité, les troubles de la perception aérienne et de la perception osseuse appartiennent au premier type.

Les céphalées, les bruits subjectifs, les bourdonnements, les sensations vertigineuses, le nystagmus spontané ou provoqué, au second.

Dans les formes mixtes, on rencontre l'association de ces désordres. On trouve fréquemment, également au cours des lésions de l'oreille interne, de la lymphocytose sous la dépendance des réactions méningées.

Traitées, les formes acoustiques pures ont une évolution bénigne dans la plupart des cas, sans cependant aboutir à la guérison complète. Les rechutes ne sont pas rares.

Dans les formes associées le nerf auditif reste le plus souvent lésé.

Le traitement spécifique, en intervenant précocement, produit des résultats d'autant plus favorables que les lésions étaient moins anciennes l'orsqu'il a été institué.

Signalons en terminant que, d'après Jullien, les éléments lymphoïdes parsemant la muqueuse voisine

de la trompe d'Eustache, peuvent participer à la tuméfaction des amygdales survenant, comme celles des ganglions lymphatiques, dans la période dite primaire.

Il résulte de cette généralisation des troubles auditifs dont on ne doit pas méconnaître la cause extrinsèque.

2° MANIFESTATIONS OCULAIRES

L'œil paraît être atteint beaucoup plus rarement que l'oreille au début de la syphilis.

Nous n'avons pu trouver, à ce sujet, que 3 observations publiées par Chaillous, que nous résumons :

OBSERVATION I

Malade porteur d'une neuro-chorio rétidite double apparue quelques semaines après le chancre. Traitement spécifique : Amélioration de la vision, mais tâches pigmentaires indélébiles de la rétine.

OBSERVATION II

Malade porteur d'un chancre non cicatrisé et présentant une choroïdite.

OBSERVATION III

Malade atteint d'une névrite optique double, le chancre étant à peine cicatrisé.

Exceptionnellement, l'iritis a été rencontré dans la période prodromique des accidents secondaires (Jullien).

CHAPITRE VIII

RÉACTIONS GÉNÉRALES

A côté de ces troubles fonctionnels précis, il existe une série de troubles généraux.

C'est ainsi que les auteurs et, en particulier Fournier, ont insisté sur la fièvre syphilitique qui, dans certains cas, toujours même pour Morin (Thèse de Paris 1881), précède nettement la roséole.

Il s'agit, le plus souvent, d'une fièvre intermittente, caractérisée par une série d'accès fébriles avec malaise général, courbature, accélération du pouls. On trouve rarement une forme continue. La température reste d'ailleurs modérée, atteignant rarement 40°. L'état général est peu altéré et au bout de 5 à 6 jours, la fièvre tombe et l'exanthème apparaît.

Mauriac signale, en dehors de la fièvre syphilitique, l'existence de troubles nutritifs qui peuvent se montrer, quelquefois, au cours de la période préroséolique. Ils s'accompagnent ou non d'asthénie dans les fonctions du sympathique, athénie qui, d'après Jullien, se traduit par le refroidissement des extrémités, celui de toute la surface du corps même, surtout la nuit. Les « bouffées de chaleur » sont plus rares, l'hyperhydrose plus rare encore.

Pour Mauriac, ses symptômes seraient beaucoup plus fréquents chez la femme. Ils cesseraient ordinairement à l'époque où se montrent les éruptions, mais cependant persisteraient quelquefois et s'accroîtraient pendant la période dite secondaire, arrivant même à constituer une sorte d'état cachectique.

Dans la plupart des cas, ces accidents sans gravité guérissent spontanément ou avec l'aide d'une médication spécifique et reconstituante.

On ne pourrait augurer de leur présence une gravité ou une bénignité ultérieures des autres accidents syphilitiques, des syphilis faibles étant précédées quelquefois de désordres sérieux, alors que des syphilis graves et mêmes malingres ne suscitent à leur début aucune perturbation fonctionnelle.

Nous pouvons citer à propos de cette « cachexie syphilitique » dont parle Mauriac, une observation publiée par A. Cayla, dans la France Médicale, que nous résumons :

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, bien portant d'habitude, chez qui apparut, après 4 semaines d'incubation, un chancre à la lèvre inférieure.

Deux mois après cet accident, le malade était devenu cachectique, maigre à un degré extrême, faible à ne pouvoir se tenir debout sans éprouver une syncope..... Détail remarquable : aucune trace d'adénopathie. Trois mois après le chancre, c'est-à-dire un mois après l'apparition de cette « cachexie », roséole maculeuse et alopécie.

CONCLUSIONS

I. — Abstraction faite des constatations de laboratoire (présence du spirochète, réactions sérologiques, altérations du liquide céphalo-rachidien, etc...), il existe des manifestations cliniques précoces de l'infection syphilitique antérieures à l'apparition de la roséole.

II. — Ces manifestations sont probablement très nombreuses. En effet, nos recherches nous ont permis d'en réunir 121 cas ou observations. Or, nous n'avons certainement pas la prétention de les connaître tous. Ajoutons que 10 de nos observations proviennent de la seule clinique de Toulouse ; M. le professeur Audry est d'ailleurs persuadé que nombreux sont les cas qui, s'ils n'étaient passés inaperçus, auraient pu servir de matière à bien d'autres observations du même genre.

III. — Ces manifestations sont extrêmement variées : elles affectent la peau, le rein, le système nerveux, le foie et la rate, le système stééo-articulaire, l'œil et l'oreille, l'état général....

IV. — Il faut perdre définitivement l'habitude de considérer la période infectieuse de la syphilis comme

débutant avec la roséole : les manifestations pré-roséoliques sont extrêmement nombreuses, extrêmement importantes ; il est juste d'ajouter qu'elles n'ont jamais été méconnues, mais il est bien certain qu'on en oublie trop souvent l'existence.

Le Président de la Thèse,

NICOLAS.

Vu :

Le Doyen,

HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 23 décembre 1920.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

ALBERT WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

I. PEAU

AUDRY. — « Sur les exanthèmes provoqués, les exanthèmes préroséoliques et l'incubation de la syphilis ». *Province Médicale* 1911, page 191.

AUDRY et LAURENT. — « Sur un rash préroséolique de la syphilis ». *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie* 1901, page 179.

II REIN

AUDRY — « Néphrite et chancre syphilitiques, néphrite préroséolique ». *Annales de Dermat. et Syphiligraphie*, 1912, page 277.

BOUKKHEIEFF. — « Etude sur les néphrites syphilitiques précoces ». Thèse de Paris, 1889, observation 18, page 66.

DUMET. — « Les néphrosyphiloses de la période primaire ». Thèse de Paris, 1920.

FOURNIER. — « Traité de la syphilis », tome II, page 606.

III. SYSTÈME NERVEUX

ACHARD et DESBOUIS. — « Méningite aiguë syphilitique très précoce ». *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1912, t. 34, pages 559 et suiv.

AUDRY et LAVAU. — « Méningite préroséolique ». *Ann. de dermat. et syph.*, 1914-15, page 29.

- BALZER et FAURE-BEAULIEU. — « Paralyse faciale précoce ». Bull. de la Soc. de Dermat. et Syph., 1902, page 327.
- BOIDIN et WEIL. — « Méningite précoce pré-réolique ». Presse Médicale, 1907, n° 85, page 681.
- BOIX. — « Sur la paralysie faciale périphérique précoce dans la période secondaire de la syphilis ». Arch. gén. de Médecine, 1894, page 152.
- JACQUIN. — « Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire. Les syphilopsychoses ». Thèse de Lyon, 1899, page 32.
- JULLIEN. — « Traité pratique des maladies vénériennes », page 662.
- LAVAU. — « Sur la méningite métachancreuse pré-réolique ». Ann. de Dermat. et Syph. 1914-15, page 280.
- MAURIAC. — « Sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux ». Ann. de Dermat. et Syph., 1879-80, 1^{re} série, pages 66 et 67.
- MARIE et BEAUSSARD. — « Manifestations mentales au début de la syphilis ». Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1910, obs. I et II, page 133.
- MÉNARD. — « Paralyse faciale au début des accidents secondaires ». Thèse de Montpellier, 1865, pages 26 et 31.
- NICOLAU — « L'Inégalité pupillaire précoce dans la syphilis ». Ann. de Dermat. et Syph., 1919, nos 7 et 8, page 278.

IV. FOIE ET RATE

- BESNIER. - « Syphilis viscérale précoce. Hypersplénie syphilitique secondaire », Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph. 1893, page 2.
- DE BEURMANN, BITH et CAIN. — « Un cas d'ictère hémolytique syphilitique », Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1910, page 636.
- DE BEURMANN et DELHERM. - « Etude de la rate dans la syphilis acquise », Ann. de Dermat. et Syph., 1900, page 1033.
- JULIEN. — « Traité pratique des maladies vénériennes », chapitre III, page 652.
- LASH. — « Icterus syphiliticus precox ». Berl. Klin., Wochenschrift, 1894, page 906, observation résumée in Ann. de Dermat. et Syph. 1895 page 172.
- MILIAN. — « L'Ictère syphilitique primaire ». Paris Médical, 21 août 1920, page 141.
- QUINQUAUD et NICOLLE. — « Etude clinique sur l'hypertrophie de la rate dans la syphilis acquise ». Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph., 1892, page 530.
- TSCHISTIAKOF. — « Glycosurie au début de la syphilis ». Wratsh, 1894, t. 15, 4 et 5, pages 103-139. Analyse in Ann. de Dermat. et Syph. 1894-95, page 744.

V. SYSTÈME OSTÉO-ARTICULAIRE

- CHATELIER. — « Périostites syphilitiques antéroséyliques », Ann. de Dermat. et de Syph. n° 10, 1920, page 444

- ETIENNE. — « Trois cas ostéo-périostites précoces dans la phase préroséolique de la syphilis ». Revue Méd. de l'Est, Nancy, 1898, pages 168-175.
- JULLIEN. — « Traité pratique des maladies vénériennes ». Chap. III, pages 664 et suiv.
- MAURIAC. — « Mémoires sur les affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané ». Observ. II. Annales de Dermat. et Syph. 1880, 2^e série, page 426.
- RUBIN. — « Ueber akute polyarthritis in zweiten Incubationstadium der Syphilis ». Archiv. für Dermat. and Syph. 1913, page 161. Analyse in Ann. de Dermat. et Syph. 1914-15, page 558.
- VOISIN. — « Contribution à l'étude des arthropaties syphilitiques ». Thèse 1875. Analyse in Ann. de Dermat. et Syph. 1875-76, page 386.

VI. SYSTÈME CIRCULATOIRE

- GAILLARD. — « De la Syphilis veineuse et particulièrement de la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres ». Thèse de Paris, 1911, pages 68, 73, 76, 84, 99.
- MAURIAC. — « Artériopathies syphilitiques ». Archiv. générales de Méd. 1889, page 513.
- MENDEL. — « Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique ». Archiv. gén. de Méd. 1889, page 292.

VII. OREILLE ET ŒIL

- CHAILLONS. — « Complications oculaires précoces au cours de la syphilis ». Bull. de la Soc. Ophtal. de Paris, 1912. Analyse in Ann. de Dermat. et Syph. 1912, page 385.

- JULLIEN. — « Traité pratique des maladies vénériennes ». Chap. III. Chap. V, page 757
- RIGAUD. — « Syphilis acquise et oreille interne ». Thèse de Toulouse, 1913.

VIII. ETAT GÉNÉRAL

- CAYLA. — « Observation de syphilis maligne précoce ». France Médicale, 1881. Résumé in Ann. de Dermat. et Syph. 1882, page 132.
- FOURNIER. — « Traité de la syphilis », fascicule I.
- JULLIEN. — « Traité pratique des maladies vénériennes ». Chap. III, pages 656 et suiv.
- MAURIAC. — « Leçons sur les troubles constitutionnels qui se manifestent pendant la période prodromique de la syphilis ». Ann. de Dermat. et Syph. 1890, page 737.
- MORIN. — « Contribution à l'étude clinique de la fièvre syphilitique. Typhose syphilitique ». Thèse de Paris, 1887-88. Analyse in Ann. de Dermat et Syph. 1888, pages 836 et suivantes.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I : Manifestations cutanées.....	9
CHAPITRE II : Manifestations rénales.....	12
CHAPITRE III : Manifestations nerveuses.....	13
CHAPITRE IV : Manifestations hépatiques et spléniques.	29
CHAPITRE V : Manifestations ostéo-articulaires.....	41
CHAPITRE VI : Manifestations vasculaires.....	48
CHAPITRE VII : Manifestations auditives et oculaires... .	52
CHAPITRE VIII : Réactions générales.....	55
CONCLUSIONS.....	57
BIBLIOGRAPHIE	59
